DISPOSITIF JEUNESSE AU PLEIN AIR - AGENCE NATIONALE POUR LES CHÈQUES-VACANCES

SÉJOUR COLLECTIF DE VACANCES INDIVIDUELLES
SITUATION DE HANDICAP
01 - INSTRUCTION DU DOSSIER

VAC-SH 2015

DÉPARTEMENT N°
REÇU AU COMITÉ LE
MOIS DU SÉJOUR
DATE DU DÉPART

Formulaire mis à jour le 02 janvier 2015

Attention
Toutes les rubriques doivent être renseignées.
Les dossiers incomplets ne pourront pas être traités

Les critères d'acceptation de la demande et la procédure sont dans le fichier « Mode d'emploi » sur le site.

Date de dépôt du dossier : 5 semaines minimum au comité JPA ; soit 3 semaines avant la date du départ, au siège parisien

Plan du dossier

1. Général, identité du comité départemental JPA, porteur du projet (page 1)
2. Préparation du séjour (page 2)
3. Caractéristiques du séjour (page 2)
4. Caractéristiques des bénéficiaires (page 3) et fiche de renseignements enfant (page 4)
Budget prévisionnel : Plan de financement (page 3)
+ fiche « accompagnateur » (page 6, à retourner avec argumentaire pour prise en compte du surcoût)
5. Après-séjour / bilan (page 5)

PARTIE RÉSERVÉE AU COMITÉ JPA.

Elle est renseignée par le CD avant transmission au siège ou retournée au CD après réception du dossier au siège de La JPA si le cadre n'a pas été renseigné.

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE LA JPA

MÉL DU CORRESPONDANT JPA-ANCV DU COMITÉ JPA *(obligatoire)*

INSTRUCTEUR DU DOSSIER
○ Mme ○ M.

MONTANT AIDE EN « CHÈQUE-VACANCES » PROPOSÉ PAR LE COMITÉ DE LA JPA *(attention, multiple de 10)* €

AVIS MOTIVÉ DU COMITÉ DE LA JPA

DATE 2015 *(indispensable)*

SIGNATURE

Rappel des principes pour instruction du dossier

Recevabilité du dossier :
- Le séjour, de type « colos », est aidé pour une durée de 5 à 21 jours (au moins 4 nuitées). **Le séjour de vacances peut être plus long, dans ce cas, l'aide sera calculée sur une base de 21 jours.** Dérogations possibles autorisant des séjours spécifiques de 2 à 3 nuitées.
- Il se déroule pendant les périodes de congés scolaires, sur le territoire de l'Union Européenne.
- Le budget comprend obligatoirement un cofinancement.
- Le coût de base du séjour est plafonné à 85 € par jour et par bénéficiaire, il peut atteindre 130 € en cas de surcoût justifié (page 6). Des dérogations pourront être étudiées sur demandes argumentées.

Eligibilité des bénéficiaires :
- Tous les enfants relevant de situation de handicap, reconnus par une notification de la CDA ou MDPH.
- Et dont les familles ont un QF < à 901 € (attestation CAF ou MSA remise au CD JPA).

NB : Par souci de non consolidation des listes, les saisies informatiques de ces données sociales sont anonymes. Les documents CAF ou MSA restent en archive, 3 ans, au comité départemental.

1. GÉNÉRAL, identité du comité départemental JPA porteur de projet

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE LA JPA

DÉPARTEMENT N°

La famille bénéficiaire réside sur un territoire de la Politique de la Ville *(Par exemple dans un quartier CUCS => cette information est importante à vérifier, soit via le site http://sig.ville.gouv.fr/ soit par demande auprès de la mairie)*
○ Oui ○ Non

La famille bénéficiaire réside en zone rurale (moins de 2000 habitants) ou zone classée en ZRR (zone de revitalisation rurale) *Renseignements disponibles en mairie*
○ Oui ○ Non

Conformément à la loi informatique et liberté du 06-01-1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant dans notre fichier. Si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées soient communiquées à d'éventuels partenaires pour de nouvelles propositions, merci de nous le préciser.

ATTENTION : le dispositif JPA-ANCV ne peut attribuer qu'une aide par an et par enfant

Si vous envisagez plusieurs séjours pour l'enfant, sollicitez l'aide pour le séjour le plus significatif de l'année

La Jeunesse au Plein Air - 21 rue d'Artois 75008 PARIS — Mél : jpa-ancv@jpa.asso.fr — Tél : 01.44.95.81.28 — www.jpa.asso.fr

2. PRÉPARATION DU SÉJOUR, par le porteur du projet avec la famille

NOM-PRÉNOM DE LA PERSONNE DE RÉFÉRENCE *la personne qui accompagne les bénéficiaires dans la préparation de ce projet* **FONCTION**

◯ Assistant(e) Social(e) ◯ Animateur(trice) ◯ Educateur (trice) ◯ Enseignant ◯ Autre

NOMBRE D'ENFANT(S) DE LA FAMILLE CONCERNÉ(S) PAR LE SÉJOUR

OBJECTIFS DOMINANTS VISÉS AU TRAVERS DE LA RÉALISATION DE CE PROJET *(3 réponses maximum)*

◯ Contenu éducatif ◯ Equilibre, bien-être, épanouissement
◯ Renforcement des liens sociaux ◯ Découverte ◯ Santé
◯ Valorisation, estime de soi ◯ Acquisition de savoir faire
◯ Autre, précisez

MODALITÉS DE PRÉPARATION POUR CE PROJET

◯ Individuelle ◯ Collective ◯ Les deux

NOMBRE DE SÉANCE(S) DE PRÉPARATION POUR CE PROJET

séance(s)

DURÉE ESTIMÉE DE LA PHASE DE PRÉPARATION DU SÉJOUR *(Mesure entre les premières séances de préparation avec les participants et le début du séjour)*

semaines

Le CD porteur du projet doit pouvoir rendre accessible les renseignements et les pièces justificatives des ressources des familles (attestations CAF ou MSA) en cas de contrôle **(durée d'archivage de 3 années)**.

3. CARACTÉRISTIQUES DU SÉJOUR

NOM DU LIEU D'ACCUEIL **PAYS**

VILLE **CODE POSTAL** **TÉL** **MÉL 1** *(indispensable)*

RAISON SOCIALE DE L'ORGANISATION PRESTATAIRE DU SÉJOUR

NOM DE L'ORGANISATION ◯ Association ◯ Collectivité ◯ Société privée **PAYS**

ADRESSE **VILLE** **CODE POSTAL**

TÉL **MÉL 1** *(indispensable)*

INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR

DATES DU SÉJOUR *(période de congés scolaires)*

du **2015**

au **2015**

DURÉE DU SÉJOUR *(en nombre de jours)*

jours, soit

nuitées

ATTENTION : le séjour doit comporter sauf dérogation au moins de 4 nuitées et la prise en compte est limitée à 20 nuitées

LE TYPE DE LIEU DU SÉJOUR

◯ Mer ◯ Campagne
◯ Montagne ◯ Ville

LE PAYS DU LIEU DU SÉJOUR
(les séjours hors Union Européenne ne sont pas aidés)

◯ France ◯ Union Européenne
précisez le pays

POUR UN SÉJOUR EN FRANCE, INDIQUER LE DÉPARTEMENT ET LA RÉGION DU LIEU DE SÉJOUR

Région

Département

DISTANCE PARCOURUE ENTRE LE LIEU DE DÉPART ET LE LIEU DU SÉJOUR km

MODE(S) DE TRANSPORT UTILISÉ(S) POUR SE RENDRE SUR LE LIEU DU SÉJOUR

◯ Train ◯ Autocar ◯ Minibus ◯ VSL
◯ Voiture auto ◯ Avion ◯ Autre :

CE(S) MODE(S) DE TRANSPORT EST-IL/SONT-ILS ADAPTÉ(S) AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ?

◯ Oui ◯ Non ◯ Ne sait pas

TYPE D'HÉBERGEMENT
(principal si c'est un voyage itinérant)

◯ Hôtel
◯ Village de Vacances (VV)
Maison Familiale Vacances
◯ Camping *(mobil home, tente, bungalow…)*
◯ Hébergement non marchand *(associatif ou autre)*
◯ Maison chez l'habitant *(correspondants)*
◯ Gîte rural, chambre d'hôte, location
◯ Colonie de vacances
◯ Auberge de jeunesse
◯ Autre, précisez

EST-IL ADAPTÉ POUR L'ACCUEIL DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ?

◯ Oui ◯ Non ◯ Ne sait pas

Si la réponse est oui, cet hébergement accueille :

◯ des personnes valides et des personnes en situation de handicap (accueil mixte)
◯ uniquement des personnes en situation de handicap (spécialisé)

LA FORMULE DU SÉJOUR

◯ Pension complète ◯ Demi – pension
◯ Gestion libre

QUELLE EST LA THÉMATIQUE DE CE SÉJOUR ?

◯ Activités physiques *(voile, ski…)*
◯ Activités nature, environnement
◯ Activités linguistiques
◯ Activités de rencontres interculturelles *(jumelage, appariement)*
◯ Activités culturelles, patrimoine *(arts plastiques, architecture, histoire, musique…)*
◯ Autre, précisez

INDIQUER SI LE SÉJOUR EST PRÉVU

◯ En milieu spécialisé (Séjour adapté)
◯ En milieu ordinaire, et donc :
◯ en autonomie ou ◯ en intégration

Formulaire mis à jour le 02 janvier 2015

4. CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES, partie 1

MONTANT DU QF DE LA FAMILLE ____ €
(selon attestation CAF ou MSA)

MONTANT DU RFR DE LA FAMILLE ____ €
(Selon avis d'imposition, document de l'administration, à joindre au dossier)

ET NOMBRE DE PARTS FISCALES ____

Attention : La commission d'attribution des aides considère le plus favorable des deux éléments socio-économiques

NOMBRE D'ENFANT(S) DE LA FAMILLE BÉNÉFICIAIRE(S) DE L'AIDE ANCV ? ____ **NB : faire un dossier par enfant**

Au nombre de bénéficiaires doit correspondre autant de « fiches-enfants » (page 4) de la fratrie à faire renseigner par la famille et à joindre à l'envoi du dossier « Séjour collectif de vacances individuelles – situation de handicap ». NB : pour chaque bénéficiaire, joindre la notification de la CDA ou MDPH attestant du handicap de l'enfant ainsi que l'avis d'imposition de la famille (document de l'administration)

COÛT TOTAL DU SÉJOUR POUR L'ENFANT ____ €
Est égal au coût total du séjour pour l'enfant, recevable dans le cadre du dispositif JPA/ANCV

PLAN DE FINANCEMENT DU SÉJOUR

Si le coût du séjour est supérieur au coût autorisé dans le cadre de la convention JPA-ANCV, **85 € par jour et par bénéficiaire**, le dossier sera déclaré irrecevable. Dérogation possible sur demande argumentée.

Si un surcoût est justifié pour l'organisation du séjour, la prise en compte du coût autorisé dans le cadre de la convention JPA-ANCV est porté à 130 € par jour et par bénéficiaire. Dérogation possible sur demande argumentée.

COÛTS		SOURCES DE FINANCEMENT	
Transport	..... €	Etat Préciser l'origine :	..... €
Hébergement	..... €	Conseil Régional	..... €
Restauration et alimentation	..... €	Conseil Général	..... €
Loisirs / Activités éducatives	..... €	Commune ou intercommunalité	..... €
Autres	..... €	MDPH	..... €
ou		CAF ou MSA	..... €
Formule tout compris	..... €	Financeur privé Préciser :	..... €
Surcoût « accompagnateur » ou « matériel »	..... €		
Cette ligne de charges est prise en compte uniquement si la fiche « accompagnateur » est renseignée (page 6) ou si un doc (A4) justifie le surcoût en matériel		Autre Préciser :	..... €
		Sous-total	..... €
		Aides ANCV-JPA	(1) ..... €
		Sous-total	..... €
		Participation des Familles	..... €
Total charges	..... €	**Total produits**	..... €

NB : Le total des coûts doit être égal au total des sources de financement (charges = produits).

MONTANT TOTAL DE L'AIDE JPA/ ANCV SOLLICITÉE (1) ____ **€** *(multiple de 10 €)* **POUR L'ENFANT BÉNÉFICIAIRE.**

Le porteur du projet renseigne le cadre ci-dessous avant remise aux familles.
Fiche enfant individuelle à faire renseigner par la famille et joindre au dossier. Joindre la notification CDA ou MDPH attestant du handicap de chaque enfant. Joindre l'avis d'imposition de la famille (document de l'administration fiscale). **Le plus favorable est retenu lors de l'instruction**

DÉPARTEMENT N°

5. CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES, partie 2

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE LA JPA | **ADRESSE** | **VILLE** | **CODE POSTAL**

LIEU DU SÉJOUR | **DATES DU SÉJOUR** du ____ 2015 au ____ 2015

Document à retourner par la famille au CD JPA pour le ____ 2015

FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

NOM | **PRÉNOM** | **SEXE** ◯ Féminin ◯ Masculin | **AGE (ANNÉE DE NAISSANCE)**

ADRESSE | **VILLE** | **CODE POSTAL**

• **Département de résidence**

• **Le lieu d'habitation de la famille de l'enfant est en :**
◯ Zone urbaine ◯ Zone rurale (moins de 2000 habitants)
◯ Zone de revitalisation rurale (ZRR)

• **Ce lieu d'habitation est-il situé sur un territoire de la Politique de la Ville, c'est-à-dire classé Zone Urbaine Sensible, Programme National de Rénovation Urbaine ou Contrat Urbain de Cohésion Sociale ?**
(information à vérifier, via le site http://sig.ville.gouv.fr/ ou par demande auprès de la mairie)
◯ Oui ◯ Non ◯ Ne sait pas

Confidentialité et traçabilité informatique : les renseignements recueillis sont traités de manière sécurisée au siège de La JPA à Paris, pour une saisie informatique destinée aux statistiques de l'ANCV. *Les documents seront détruits en fin d'exercice annuel.*

• **Votre enfant est reconnu(e) en situation de handicap**
◯ Oui ◯ Non

• **Veuillez indiquer le type de handicap**
◯ Moteur ◯ Mental ◯ Polyhandicapé
◯ Sensoriel (déficit auditif ou visuel)
◯ Maladies chroniques ◯ Handicap psychique
◯ Autre

• **Types de ressources de la famille de l'enfant :**
◯ Salaire ◯ Allocation chômage
◯ Retraite ◯ Allocations familiales
◯ Aucune ressource
◯ Autre
◯ Minimum social/minima sociaux *(Renvoi 1)*
◯ Ressources spécifiques handicap et dépendance *(Renvoi 2)*

Renvoi 1 : Si la réponse est « minimum social / minimas sociaux », préciser *(réponse multiple possible)* **:**
◯ RSA *(revenu de solidarité active)*
◯ ASS *(allocation spécifique de solidarité)*
◯ AER *(allocation équivalent retraite)*
◯ Allocation veuvage
◯ ASV *(allocation supplémentaire vieillesse)*
◯ ASPA *(allocation de solidarité personne âgée)*
◯ RSO *(revenu de solidarité, DOM)*
◯ Ne sait pas
◯ Autre

Renvoi 2 : Si la réponse est « Ressources spécifiques handicap et dépendance », préciser *(réponse multiple possible)* **:**
◯ AEEH *(allocation d'éducation de l'enfant handicapé)*
◯ AJPP *(allocation journalière de présence parentale)*
◯ PCH *(prestation de compensation du handicap)*
◯ ACTP *(allocation compensatrice pour tierce personne)*
◯ Pension invalidité
◯ APA *(allocation perte autonomie)*
◯ AAH *(allocation adulte handicapé)*
◯ Autre

• **Montant moyen mensuel des ressources du foyer de la famille de l'enfant :**
◯ 0 à 500 € ◯ 501 à 1 000 €
◯ 1 001 à 1 500 €
◯ 1 501 à 2 000 € ◯ + de 2 001 €
◯ Ne souhaite pas le communiquer

• **Montant du QF de la famille de l'enfant**
____ *(selon attestation CAF ou MSA)*

• **Montant du RFR de la famille de l'enfant** ____ *(selon avis d'imposition)* **et nombre de parts fiscales** ____

• **Type de logement de la famille de l'enfant :**
◯ Logement autonome *(propriétaire ou locataire)*
◯ Foyer de jeunes travailleurs
◯ Etablissement spécialisé du secteur social et médico-social
◯ Hébergement social ou d'urgence
◯ EHPAD ◯ Sans-domicile fixe
◯ Hébergé par famille ou amis
◯ Autre

• **A combien de temps remonte le dernier départ en vacances aidé (aides JPA, CAF, CE, mairie, ou autre…) de votre enfant (pour une durée supérieure à 4 nuitées) ?**
◯ à l'année dernière ◯ à 1 à 3 ans
◯ à 4 à 10 ans ◯ à plus de 10 ans
◯ enfant jamais parti

• **Ce projet de séjour est-il pour votre enfant un ?**
◯ 1er départ aidé ◯ 2ème départ aidé
◯ 3ème départ aidé
◯ Plus de 3 départs aidés

NB : votre enfant est en situation de handicap, si cela n'a pas déjà été fait, penser à fournir une copie de la notification de décision de la CDA ou de la MDPH le concernant. Par souci de non consolidation des listes, les saisies informatiques de ces données sociales sont sécurisées. Les documents CAF ou MSA restent en archives, 3 ans, au comité départemental.

FAIT À ____ **LE** ____ 2015

SIGNATURE DU RESPONSABLE FAMILIAL :

Documents à adresser à l'organisateur et à retourner, après le séjour, au siège de La JPA, 21 rue d'Artois – 75008 PARIS

DÉPARTEMENT N°

Rappel des justificatifs du dossier : attestation organisateur du séjour + bilan du séjour + facture principale du séjour

6. APRÈS-SÉJOUR / BILAN, partie 1

Après réception de ces justificatifs et vérifications d'usage, La JPA adressera les chèques vacances, **dans le courant du trimestre qui suit** (en principe, sous 90 jours, temps nécessaire pour les contrôles, les commandes et la fabrication des CV), **envoi en LR-AR à l'organisateur du séjour.**

ATTESTATION : RESPONSABLE DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR

JE SOUSSIGNÉ(E) ◯ Mme ◯ M.

FONCTION DU SIGNATAIRE

DÉNOMINATION DE L'ORGANISATION PRESTATAIRE DU SÉJOUR

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT BÉNÉFICIAIRE

ATTESTE

- **Que le séjour de vacances collectives (type colos) organisé à** ____ **du** ____ **2015 au** ____ **2015 a bien eu lieu.**
- **Avoir organisé une information aux parents sur le dispositif JPA/ANCV et des aides apportées.**
- **Que l'aide JPA/ANCV intervient effectivement en déduction du coût supporté par les familles bénéficiaires.**
- **Que le montant total de l'aide attribuée et notifiée par la commission s'élève à :** ____ **€** €

DATE *(obligatoire)*

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISATION *(obligatoire)*

7. APRÈS-SÉJOUR / BILAN, partie 2

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE LA JPA

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL

LIEU DU SÉJOUR

DATES DU SÉJOUR **du** ____ **2015 au** ____ **2015**

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT BÉNÉFICIAIRE

Cette partie peut être renseignée par le directeur du séjour, l'équipe d'animation ou les services sociaux en lien avec la famille du bénéficiaire.

- **Si des actions de bilan après le séjour ont été réalisées, indiquer si elles ont pris la forme de :**
  - ◯ Entretien individuel ◯ Réunion collective
  - ◯ Fête ◯ Autre ____
- **Quels impacts avez-vous constaté sur les bénéficiaires des aides ? Impacts en termes de :**
  - ◯ Renforcement des liens sociaux
  - ◯ Renforcement des liens familiaux
  - ◯ Renforcement de savoir-être, savoir-faire
  - ◯ Autonomie
  - ◯ Santé, bien-être
  - ◯ Insertion sociale
  - ◯ Autre ____
- **Vous avez également la possibilité de transmettre des documents pour l'ANCV (témoignages, photos…) via le siège de La JPA.**

Justificatifs financiers du séjour

Facture de l'organisation du séjour, notamment celle de l'hébergement et de l'accueil et/ou facture du transporteur

8. SURCOÛT HUMAIN nécessaire à l'accueil du bénéficiaire

Fiche individuelle accompagnateur, à renseigner avec l'intéressé et joindre au dossier.

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DE LA JPA | **ADRESSE** | **VILLE** | **CODE POSTAL**

LIEU DU SÉJOUR

DATES DU SÉJOUR du ____ 2015 au ____ 2015

Document à retourner pour le ____ 2015

FICHE INDIVIDUELLE ACCOMPAGNATEUR

Une fiche par accompagnateur (bénévole ou salarié), **pouvant faire bénéficier le projet de séjour d'une aide ANCV.**

Les accompagnateurs ne peuvent faire bénéficier le projet d'une aide JPA-ANCV
que si leur présence conditionne la réalisation du séjour : joindre un argumentaire (sur une feuille A4 maximum)

NOM | **PRÉNOM** | **SEXE** ○ Féminin ○ Masculin | **AGE (ANNÉE DE NAISSANCE)**

ADRESSE | **VILLE** | **CODE POSTAL**

- **Statut de l'accompagnateur**
  - ○ Bénévole
  - ○ Salarié
- **Votre accompagnateur accompagne un(e) ou plusieurs enfants en situation de handicap ?**
  - ○ Un
  - ○ Plusieurs, nombre ____

- **Montant de l'aide JPA-ANCV prévue dans le projet** ____ €
  (conforme au plan de financement, page 3)
- **Calculer le montant de l'aide JPA-ANCV journalière pour le surcoût lié à l'accompagnateur** ____ €

- **Indiquer le pourcentage de ce surcoût dans le financement total du séjour** ____ %
- **Indiquer le coût total du séjour de l'accompagnateur** ____ €
- **Calculer le coût journalier de son séjour** ____ €